

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Te agradeceremos completar el presente formulario y remitirlo al sector de Facturación y Cobranzas:

- Vía mail a adhesiondebitoautomatico@oslpasteur.com.ar
- En nuestros Centros Médicos o Sucursales

Indicar con una X la opción elegida:

1) TARJETA DE CRÉDITO

VISA MASTERCARD AMEX

Nº de tarjeta _____ Vencimiento ____ / ____

Banco emisor _____

Importante: tené en cuenta que, según la fecha de cierre de tu resumen de tarjeta de crédito pueden ingresar 2 cuotas juntas.

2) DÉBITO DIRECTO EN CUENTA

CUENTA CORRIENTE Nº de cuenta _____
 CAJA DE AHORROS Nº de cuenta _____

CBU (22 dígitos) _____

Banco emisor _____

Dejo constancia que autorizo a la Obra Social Luis Pasteur a debitar de la cuenta/tarjeta de crédito informada, el valor correspondiente a las cuotas mensuales.

Firma _____ Aclaración _____

DNI Nº _____ Nº de afiliado _____ Teléfono _____

Mail para el envío de la factura _____

Reservado para OSLP

Alta en el sistema ____ / ____ / ____ Primer período a debitar _____

Responsable OSLP _____